ICAISE c. 1885
6

REVUE
DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES MOIS

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine
de Lyon.

VERNEUIL
Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine
de Paris.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM.

NICAISE ET **F. TERRIER**

Professeur agrégé
à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Laënnec.

Professeur agrégé
à la Faculté de médecine de Paris.
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

EXTRAIT

PARIS
ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie
FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie
FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108,

Viennent de paraître :

MANUEL DU LABORATOIRE DE PHYSIOLOGIE

PAR

J. BURDON-SANDERSON, FOSTER et **LAUDER-BRUNTON,**

Professeurs aux Universités de Londres et de Cambridge ;

Traduit de l'anglais par **G. Moquin-Tandon,**

Professeur à la Faculté des sciences et à l'École de médecine de Besançon.

1 fort vol. gr. in-8, avec 184 fig. dans le texte..... 14 fr.

En traduisant ce livre en français, on s'est proposé de combler une lacune dans notre littérature scientifique et de doter nos étudiants d'un manuel qui pût les guider dans l'art de l'expérimentation. La clarté, le choix judicieux des méthodes, le caractère éminemment pratique qui le distinguent lui assureront certainement chez nous le succès qu'il a depuis longtemps obtenu en Angleterre.

EXTRAIT DE LA TABLE DES MATIÈRES.

Première partie : I. Sang. — II. Circulation du sang, artères, cœur. — III. Respiration. — IV. Chaleur animale.

Deuxième partie : Fonctions des muscles et des nerfs.

Troisième partie : Digestion et sécrétion, notions pratiques sur les manipulations chimiques.

LES MALADIES DES REINS

PAR

Le Dr **C. BARTELS,**

Professeur à l'Université de Kiel ;

Traduit de l'allemand par le Dr **Edelmann,**

Avec préface et additions par le Dr LÉPINE

Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

1 fort vol. in-8, avec nombreuses figures dans le texte. . . . . 15 fr.

Les travaux relatifs aux reins se sont tellement multipliés dans ces dernières années et ont ouvert tant d'horizons nouveaux qu'il a semblé utile d'en donner l'indication et parfois l'analyse dans cette édition française, postérieure de quelques années à l'édition allemande. C'est de ce soin que s'est chargé M. le professeur Lépine.

Voici les principales divisions de l'ouvrage :

LIVRE PREMIER : *Symptômes généraux des maladies des reins.* — Symptômes locaux, subjectifs et objectifs. — Symptômes fonctionnels tirés de la quantité et de la qualité de l'urine. — Symptômes secondaires : hydropisie, urémie. — Symptômes résultant de l'action secondaire sur la nutrition générale.

LIVRE SECOND : *Des maladies diffuses des reins.* — De l'hyperémie, de l'ischémie et de ses suites (maladie des reins dans le choléra). — Inflammation parenchymateuse. — Inflammation interstitielle. — Atrophie. — Cirrhose. — Sclérose. — Dégénérescence amyloïde, etc.

TRAITÉ CLINIQUE ET PRATIQUE

DES MALADIES DES ENFANTS

PAR

F. RILLIET et **E. BARTHEZ.**

Troisième édition, entièrement refondue et considérablement augmentée.

Par **E. BARTHEZ** et **A. SANNÉ.**

Tome Ier (considérations générales, maladies de l'appareil nerveux, maladies de l'appareil respiratoire). 1 fort vol. in-8. . . . . 6 fr.

DE LA CONTUSION ET DE L'INFLAMMATION

COMME CAUSES DE PRÉDISPOSITIONS LOCALES AU

DÉVELOPPEMENT DU CANCER SECONDAIRE

Par M. NICAISE

En 1883, j'ai publié dans la *Revue de chirurgie* (p. 841) un cas de *greffe cancéreuse;* c'est là un mode particulier de développement du cancer secondaire, qui paraît s'observer surtout dans les sarcomes.

Dans le présent travail je me propose de faire connaître une observation dans laquelle des lésions locales ont favorisé le développement d'un cancer secondaire dans le tissu même qu'elles avaient atteint.

Les causes du cancer soit primitif, soit secondaire excitent d'autant plus les réflexions du médecin qu'elles sont encore des plus obscures; aussi le moindre fait qui présente quelque netteté doit-il être consigné.

La preuve de ces préoccupations se retrouve dans le choix du sujet que la Société de chirurgie a fait en 1881, pour le prix Demarquay : *Du rôle étiologique de la contusion dans le développement des néoplasmes.*

Elle se retrouve dans la conférence magistrale faite par M. le professeur Verneuil au Congrès de Copenhague en 1884, sur la *diathèse néoplasique.*

Dans l'étude de l'étiologie du cancer il faut distinguer les causes du cancer primitif et celles du cancer secondaire. Celles du cancer primitif se confondent avec les opinions émises pour expliquer le développement des tumeurs. Nous en dirons quelques mots seulement.

La théorie nerveuse a été soutenue par van der Kolk, de Lang et de Snow; la théorie de la spontanéité, par Rindfleisch, Stricker, Nancrède, Payne; la théorie dyscrasique, par Rokitansky, Paget,

Billroth, Simon; la théorie de l'herpétisme par Bazin et Hardy; la prédisposition et la théorie inflammatoire, théorie de l'irritation, par Virchow, Gross, Hirschfeld, Cornil et Ranvier[1]; enfin vient la théorie de l'inclusion.

Une autre théorie, bien séduisante, c'est la théorie embryonnaire, ou de Cohnheim, appuyée, selon Leclerc, par plusieurs auteurs, entre autres par Thiersch, Waldeyer, Lücke, Maas, Hans, Ebstein, etc.

Voici comment Kæser résume la doctrine de Cohnheim [2].

« Les tumeurs ont pour origine des germes embryonnaires restés sans emploi lors de la formation du fœtus et de ses différents organes. Ces germes peuvent se trouver dans le tissu qui leur a donné naissance, ou aussi s'égarer dans un tissu voisin d'espèce différente. Ils peuvent persister sans subir aucun changement pendant toute la vie et, dans ce cas, ils passent inaperçus; mais lorsque, à la suite de n'importe quelle cause, ils se développent et augmentent de volume, ils forment une tumeur dont la nature varie comme celle du germe. Si les cellules du germe étaient destinées à fournir du tissu musculaire, il se forme un myôme; si elles étaient de nature épithéliale, c'est un cancer qui apparaît, et ainsi de suite.

«..... Le point de départ de la tumeur étant un tissu embryonnaire normal, il est difficile de s'expliquer pourquoi elle prend dans certains cas un *caractère malin*. D'après Cohnheim, cela dépendrait non du genre de la tumeur, mais de la manière dont les tissus environnants se comportent. Supposons qu'un germe de tissu épithélial soit en voie d'accroissement, supposons en outre que *la force de résistance du tissu conjonctif environnant diminue*, comme cela arrive par exemple dans la vieillesse, ou bien à la suite d'une *contusion*, d'une *inflammation* (causes accessoires alors), ou d'une prédisposition spéciale, le tissu épithélial produit par le germe empiétera sur le tissu conjonctif. Ce n'est pas en un mot le cancer qui ronge les tissus, mais ce sont les tissus qui cèdent devant lui.

« Cette hypothèse ingénieuse diffère, dit Kæser, de toutes celles qui avaient été émises auparavant... », la question du siège des néoplasmes et de la nature embryonnaire de plusieurs d'entre eux est élucidée d'une manière satisfaisante.

En faveur de l'hypothèse de Cohnheim, on peut citer la fréquence du cancer des lèvres, du cancer du col utérin, de l'anus, qui tiendrait à ce que le développement et la formation de ces parties chez l'embryon, sont des phénomènes très compliqués et qui peuvent

1. Leclerc, 1883. *Contusions et néoplasmes. De la prédisposition aux tumeurs*, p. 71.
2. Kæser, 1880. *Étude clinique sur le cancer du sein*, p. 13.

s'accompagner facilement d'une petite irrégularité dans la distribution locale des tissus (Kæser). Il pourrait y avoir inclusion ou déplacement du tissu embryonnaire.

Je citerai encore les enchondromes, dont certains, selon Virchow, peuvent avoir pour origine une parcelle de cartilage embryonnaire.

« Ces observations (obs. de Weber, de Dalrymple, etc.), dit-il [1], semblent prouver que déjà dans le premier développement des os, il se passe certaines irrégularités qui engendrent la prédisposition à la production ultérieure de tumeurs de ce genre (chondromes). Lorsque je considère les formes possibles de semblables troubles de développement, je suis porté à regarder comme probable que, occasionnellement, dans les os en croissance, quelques fragments du gisement cartilagineux primitif restent non ossifiés, pour devenir plus tard le point de départ du développement d'une tumeur. »

La pathogénie attribuée par certains auteurs (de Sinety, Quenu, etc.), aux kystes de l'ovaire serait également favorable à la théorie de Cohnheim; d'après eux, ces kystes auraient pour point de départ les cellules épithéliales primitives qui, au lieu de constituer les tubes de Pflüger, donneraient naissance à des tubes, à des cavités différant des tubes de Pflüger; dans d'autres cas, les kystes tardifs auraient pour origine des tubes embryonnaires arrêtés jusque-là dans leur développement.

Citons encore les angiomes fissuraux de Velpeau, les nœvus suivi d'épithélioma, les kystes dermoïdes, pileux, les tumeurs de la région sacrée, enfin l'épithélioma du maxillaire supérieur, développé, selon Reclus [2] au niveau de germes dentaires restés dans les tissus.

Desfosses [3] a examiné une tumeur épithéliale volumineuse développée aux dépens de la glande coccygienne de Luschka; il a vu aussi deux exemples de tumeurs provenant de lobules erratiques du corps thyroïde.

Si certains faits paraissent favorables à la théorie de Cohnheim, d'autres lui sont contraires.

Kæser fait remarquer que le carcinome ne pourrait jamais se développer dans une cicatrice ou des nodules fibreux, car là il ne peut rester aucun germe de l'époque fœtale. Il est difficile aussi avec cette théorie d'expliquer l'hérédité; il y aurait une transmission telle que, dès le début, des cellules embryonnaires devraient former

1. Virchow, 1867. *Pathol. des tumeurs*, t. I, p. 478, 485.
2. Reclus, 1876. *De l'épithéliomia térébrant du maxillaire supérieur (Progrès médical).*
3. Desfosses, 1881. *Sur la théorie épithéliale du cancer*, p. 35.

un cancer. — D'après Moore, il est vrai, le cancer héréditaire se montre beaucoup plus tôt que le cancer spontané; sur 101 cas, 79 fois il s'est montré au-dessous de cinq ans.

Dans la théorie de Cohnheim, il est nécessaire, pour que le cancer se développe, qu'il y ait une diminution de la force de résistance des tissus qui environnent les éléments primitifs emprisonnés; cette diminution de résistance peut tenir à une contusion, à une inflammation, à un trouble de nutrition, ce à quoi conduirait l'arthritisme admis par M. Verneuil.

Mais, à quoi bon toutes ses hypothèses; attendons des résultats plus précis des méthodes scientifiques actuelles. — La théorie parasitaire fait des progrès et, dans un article récent, publié dans les *Archives de médecine*, Ledoux Lebard considère comme probable l'origine parasitaire du cancer.

Quoi qu'il en soit, dans le développement d'une tumeur, il y a une grande complexité de phénomènes; plusieurs conditions sont nécessaires et non une seule.

J'arrive maintenant au *cancer secondaire* et laissant de côté les *causes de la généralisation du cancer* et des *agents de cette généralisation*, je citerai un fait qui montre nettement pourquoi chez un malade en puissance de cachexie cancéreuse, de généralisation, le cancer secondaire se développera plutôt dans un point que dans un autre. — A ce fait j'en ajouterai un second, que je dois à l'obligeance de M. le professeur Verneuil.

Obs. I. — *Cancer de l'utérus, hernie épiploïque ombilicale, cancer secondaire de l'épiploon hernié* (recueillie par M. Queyrat, interne des hôpitaux).

P..., âgée de cinquante-six ans, employée de commerce, entrée le 22 février 1882, salle Chassaignac, n° 20, à l'hôpital Laennec, service de M. Nicaise.

Antécédents héréditaires. Père mort d'une maladie du foie à cinquante-trois ans. Mère morte à 22 ans (suites de couches). Un frère bien portant.

Antécédents personnels. Quelques accidents *strumeux* de l'enfance (gourme, glandes au cou, n'ayant d'ailleurs pas suppuré).

Aucune fièvre éruptive. Bonne santé habituelle.

Réglée à quatorze ans; règles très régulières jusque il y a quatre ans. Deux enfants : l'un mort à neuf mois, l'autre actuellement âgé de vingt-huit ans et interné depuis huit ans dans un asile d'aliénés (pour attaques d'épilepsie, dit la malade).

Il y a quatre ans, en mars 1878, la malade fut prise, sans cause appréciable, au moment d'une période cataméniale, d'une métrorrhagie des plus abondantes, lipothimies, vertiges, etc. L'hémorrhagie persista, un

mois durant, d'une façon continue, puis reparut cinq ou six fois, à intervalles variables dans les quatre mois qui suivirent, c'est-à-dire jusqu'en septembre 1878.

A dater de ce moment la malade resta deux ans sans avoir aucun flux utérin, soit normal, soit pathologique.

En septembre 1880, réapparition des règles qui persistèrent très régulières comme succession, comme abondance et comme durée, jusque il y a cinq mois (octobre 1881). A ce moment la malade fut prise de nouveau d'une métrorrhagie continue peu abondante, souvent mélangée de flux leucorrhéique et cet écoulement persiste encore aujourd'hui.

D'autre part, elle nous raconte qu'elle a éprouvé de 1870 à 1873, à intervalles irréguliers et sans cause déterminée, des crises douloureuses intenses : les douleurs étaient surtout accusées au niveau de la région ombilicale.

En 1873, elle s'aperçut qu'elle avait une *hernie ombilicale*, hernie d'abord très petite, puis augmentant graduellement jusqu'à atteindre le volume du poing. Cette hernie était souple, réductible en partie du moins, et la malade la maintenait tant bien que mal à l'aide d'une ceinture et d'une pelote ombilicale.

Un soir, il y a un mois, la malade constata qu'à la place de sa hernie existait une tumeur de même volume mais extrêmement dure et non réductible. Peu après surviennent des nausées, des vomissements muqueux, alimentaires ou bilieux qui se sont répétés à divers intervalles depuis cette époque; notons que jamais ils ne sont devenus fécaloïdes. D'autre part les selles étaient régulières et normales, bien qu'il existât, et cela depuis longtemps, un peu de constipation.

Quelques douleurs abdominales, peu intenses d'ailleurs.

Ce sont ces accidents qui décident la malade à entrer à l'hôpital.

État actuel. Malade fortement constituée, mais très amaigrie, assez névropathique (boule, émotivité, migraines). Teinte subictérique de la face et des conjonctives.

La région *ombilicale* est occupée par une *tumeur ovoïde* à grand diamètre transversal, ayant à peu près le volume d'un œuf d'oie.

La cicatrice ombilicale déplissée semble coiffer la partie culminante de la tumeur.

Cette grosseur présente à son sommet, sur l'étendue environ d'une pièce de cinq francs en argent, une coloration rouge vineux sans qu'il existe de phénomènes inflammatoires.

La masse saillante est parfaitement isolable, ne fait pas corps avec la paroi abdominale, mais adhère à la peau de l'ombilic; elle se déplace très facilement sur les parties profondes, n'est pas réductible et les tentatives de réduction font souffrir la malade.

La pression modérée n'y provoque pas ou que très peu de douleur et donne la sensation d'une tumeur dure.

A la percussion, matité absolue; l'auscultation combinée avec la pression de la tumeur ne permet pas de constater de déplacement de liquide ou de gaz.

Quant à ses dimensions exactes, la tumeur mesure 13 centimètres dans le sens transversal et 9 cent. 1/2 dans le sens vertical.

Le toucher vaginal fait constater la disparition complète du col et à sa place on trouve une ulcération infundibuliforme à parois déchiquetées qui permet de pénétrer dans la cavité utérine.

En combinant le palper hypogastrique avec le toucher, on trouve au-dessus du pubis une masse arrondie, assez dure, et, par l'espèce de ballottement que l'on établit entre la main appliquée sur l'abdomen et le doigt introduit dans le vagin, on reconnaît que cette masse est constituée par l'utérus. Le toucher n'est pas douloureux mais provoque une métrorrhagie.

Rien au cœur; rien aux poumons.

L'appétit est assez bon, la langue légèrement saburrale, les selles régulières. Pas de vomissements depuis quatre ou cinq jours.

Les urines examinées à plusieurs reprises ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Diagnostic. Épithélioma du col avec propagation aux annexes de l'utérus. Tumeur cancéreuse de l'ombilic, probablement développée dans une épiplocèle.

Traitement tonique; liqueur de Fowler, injections détersives et antiseptiques, etc.

Le 2 mars, la malade est prise, sans cause appréciable, d'un frisson violent, prolongé, avec claquement de dents, horripilation, et de vomissements porracés. L'abdomen, légèrement tuméfié, est extrêmement douloureux, surtout au niveau de l'hypogastre.

Le pouls est petit et bat 130 pulsations à la minute.

Température, 41°, 2.

Il s'agit d'une *péritonite aiguë* intercurrente.

L'état de la malade va s'aggravant les jours qui suivent : la péritonite se généralise en semblant suivre une marche ascendante ; le ballonnement du ventre est énorme, le facies est grippé. Quant à la tumeur ombilicale, elle n'a subi aucune modification ; la malade rend par l'anus des matières et des gaz. Pas de vomissements fécaloïdes.

Mort le 7 mars.

Autopsie faite le 9 mars, trente-six heures après la mort.

Rien du côté des organes thoraciques.

A l'ouverture de l'abdomen on constate la présence de néo-membranes ténues, fibrineuses, cédant facilement à la traction, et qui agglutinent entre elles les anses intestinales. Ces fausses membranes deviennent de plus en plus épaisses à mesure qu'on se rapproche du petit bassin dans lequel on trouve un verre environ de liquide purulent.

Rien du côté du rectum ni de la vessie.

L'*utérus* est envahi dans toute sa hauteur par la dégénérescence cancéreuse, et l'on trouve une longue ulcération à parois putrilagineuses, qui s'ouvre en haut et à droite dans la cavité péritonéale et c'est cette perforation qui a été manifestement le point de départ de la péritonite suraiguë qui a terminé la scène.

Les *ovaires*, les *trompes* sont confondus dans une même masse dure, bosselée, qui fait corps avec l'utérus. Il est possible toutefois de reconnaître l'ovaire droit qui, à la coupe, a nettement l'aspect d'un tissu lardacé et dont le raclage fournit une assez grande quantité de suc.

L'*uretère* droit compris au niveau du col utérin dans la masse cancéreuse est presque complètement obstrué. Aussi le trouvons-nous en amont considérablement dilaté, au point d'atteindre le volume du petit doigt. Dilatation énorme du bassinet. Le rein correspondant, réduit à l'état de simple coque, est distendu par l'urine. Le rein du côté gauche est normal et ne présente qu'une légère hypertrophie.

La *tumeur ombilicale* est disséquée avec grand soin. La décortication se fait assez facilement, si ce n'est au niveau de la partie culminante de la tumeur, laquelle adhère intimement à la peau de l'ombilic; sur le pourtour de la tumeur il existe une vascularisation des plus marquées.

Considéré par sa face péritonéale, l'ombilic présente au niveau de l'anneau une dépression infundibuliforme dans laquelle s'engage le grand épiploon se continuant avec la tumeur. A l'endroit de l'infundibulum se voient quelques tractus fibrineux, résultat de l'inflammation péritonéale.

Au-dessous de la partie épiploïque herniée, se trouve le colon transverse.

Une coupe antéro-postérieure de la tumeur permet de constater que toute la partie herniée de l'épiploon a subi la transformation cancéreuse. Elle se présente sous l'aspect d'une masse lardacée, parsemée de points jaunâtres, laissant s'écouler par le raclage une grande quantité de suc opalescent, tandis que toute la partie de l'épiploon qui est en deçà de l'anneau ombilical ou autrement dit de l'orifice herniaire est absolument saine; seule la partie herniée s'est transformée en une masse cancéreuse.

Remarques. — Dans l'observation précédente, nous voyons une femme de cinquante-six ans, atteinte de cancer de l'utérus depuis quatre ans; arrivée à la période de généralisation, les organes avoisinant l'utérus sont atteints par la dégénérescence. Celle-ci envahit aussi le grand épiploon, mais pas dans toute son étendue, ni au hasard. La malade portait une hernie ombilicale depuis neuf ans, hernie qui, lors de notre examen était formée par l'épiploon.

C'est précisément la portion herniée qui fut atteinte de cancer secondaire; un examen attentif a montré que la dégénérescence occupait seulement la portion herniée de l'épiploon; toute la partie restée dans l'abdomen était indemne; le cancer s'arrêtait au niveau de l'anneau ombilical.

Comment expliquer cette localisation du cancer secondaire? Les deux portions de l'épiploon, la portion herniée et la portion intra-abdominale, n'étaient pas dans le même état anatomique; la portion herniée avait subi des modifications par suite du frottement du ban-

dage, de l'irritation qui en avait été la conséquence; elle était devenue un terrain pathologique, un *locus minoris resistentiæ* où les agents de la généralisation du cancer s'étaient arrêtés et avaient amené le développement d'un cancer secondaire, tandis qu'ils laissaient indemne la portion d'épiploon intra-abdominale.

Ce cas me paraît très net au point de vue de l'influence que peuvent avoir des traumatismes répétés ou une irritation quelconque sur la localisation d'un cancer secondaire.

Il n'y a pas à tirer de ce fait des conclusions sur les causes de la localisation des cancers secondaires en général, mais il y a utilité à l'enregistrer, car il est d'une grande netteté.

L'observation suivante, que M. le professeur Verneuil a eu la bonté de me communiquer, est également très démonstrative; l'épiploon hernié devint également et exclusivement cancéreux chez un malade atteint de cancer de l'estomac.

Obs. II. — *Tumeurs cancéreuses à la région épigastrique et à la région ombilicale. Cancer du pylore concomitant. Opération de la tumeur épigastrique. Mort par cancer du pylore.*

Obs. recueillie à l'Hôtel-Dieu de Troyes, par le Dr A. Vauthier, chirurgien du service.

V..., âgé de cinquante-huit ans, demeurant à Troyes, se présente à la consultation au mois d'avril 1878. Il porte à la partie antérieure de l'abdomen, sur la ligne médiane, deux tumeurs : l'une à l'ombilic (un peu à gauche de cette cicatrice), du volume d'un gros œuf, très dure, bosselée, peu mobile, indolente d'ailleurs; l'autre à 4 ou 5 centimètres au-dessus de la première, à peu près dans la région épigastrique, d'un volume supérieur à la première et de forme très différente. Elle est aplatie comme une galette, très dure, d'un diamètre en tous sens d'environ 5 à 6 centimètres, *très mobile* en tout sens, et paraissant avoir un pédicule si étroit que les doigts qui l'enserrent sont surtout séparés l'un de l'autre par l'épaisseur de la peau, comme l'autre tumeur, elle est indolente. Au dire du malade, elles paraissent ne dater que du commencement de l'année; mais il est probable que le malade n'y a pas fait attention tout d'abord, et qu'elle ont une origine plus ancienne : Elles auraient pris depuis deux ou trois mois un accroissement de volume notable. V... est de forte stature, sans amaigrissement et sans troubles dans la santé générale. Il dit qu'il a quelquefois de *mauvaises digestions*, mais il n'a jamais eu de *vomissements*. Quelques calmants sont administrés, et, le 26 avril, le malade qui désire être délivré par une opération, entre à l'hôpital (lit n° 39).

Le lendemain de son entrée après quelque hésitation, je me décide à céder à ses instances, et à enlever l'une des tumeurs (celle située dans la région épigastrique). Son extrême mobilité, son peu d'adhérence me déterminent à prendre ce parti.

Le malade ne réclame pas l'anesthésie. Assisté de mon collègue, M. le docteur P. Carterin, et de M. Dumoulin, élève, je pratique une incision de 6 à 7 centimètres le long du bord sous-cutané de l'espèce de galette que représente la tumeur; je dissèque, partie avec le bistouri, partie avec la sonde cannelée et les doigts, et j'arrive sur un pédicule mince, non dur ni bosselé, qui passe à travers une éraillure de l'aponévrose du grand droit (à droite). Je jette un lien sur ce pédicule, je coupe au-dessus en maintenant le fil au dehors, et je ne fais aucune réunion dans la plaie. Peu de sang, peu de douleur, pas de ligature d'artères, tout se passe simplement.

Du 27 avril au 1er mai, la plaie est rosée, très belle et le 1er mai elle a notablement diminuée d'étendue. L'opéré n'a pas de fièvre, il mange et dort; son état général et son moral sont excellents. Il n'a ni vomissements, ni envies de vomir.

Le 1er mai, il est pris assez brusquement de quelques hoquets, et il a deux ou trois vomissements noirâtres. Son grand-père avait succombé à peu près à son âge à une affection de l'estomac.

Il était probable que le malade était atteint d'un cancer de l'estomac; cependant on ne trouve à la région pylorique qu'une matité très douteuse, et pas de douleur à la pression modérée.

Cependant, la fièvre s'allume, le hoquet et les vomissements continuent, malgré l'emploi des boissons gazeuses, de la glace, et de divers calmants; V... s'affaiblit de plus en plus, et il meurt le 3 mai.

Autopsie. Je décris d'abord sous ce titre les caractères de la tumeur enlevée dont je n'ai pas parlé plus haut.

Cette tumeur est plate, très dure, bosselée, et présente à la coupe les caractères non équivoques du tissu squirrheux. Elle est bien limitée et environnée de tissu cellulaire sain.

L'abdomen étant ouvert par une incision cruciale, les intestins, l'estomac et le péritoine sont examinés avec le plus grand soin. Les intestins sont absolument dans l'état normal, le péritoine n'offre aucune trace d'inflammation même légère; il n'y a pas d'épanchement. Non seulement le grand épiploon n'est pas rouge, mais il est plutôt décoloré.

La ligature qui avait été placée sur le pédicule et qui y reste encore attaché, tient à l'épiploon qui passe presque sans adhérences à travers l'éraillure signalée plus haut. Les adhérences sont si faibles, que le moindre mouvement les désunit, et qu'on peut faire mouvoir librement dans l'éraillure, la portion serrée par le fil.

La tumeur ombilicale non opérée présente, comme la précédente, une structure manifestement squirrheuse. Elle tient à un pédicule formé par l'épiploon intact qui passe à travers une éraillure de l'aponévrose. Ce pédicule n'est pas libre comme celui de l'autre tumeur. Il est adhérent solidement à l'éraillure dont les fibres sont fortement serrées et plissées du côté viscéral, comme l'orifice d'une bourse fermée par un cordon.

L'estomac est sain dans toute la portion qui s'étend de l'orifice œsophagien jusqu'un peu en dedans de l'orifice pylorique. Mais, à ce niveau, on

voit une tumeur squirrheuse d'un volume médiocre, offrant une sorte de promontoire en dedans du pylore.

On trouve dans la cavité pleurale gauche, un épanchement purulent peu abondant.

Les poumons sont sains.

Le cerveau n'a pas été examiné.

Réflexions. — Le cancer était probablement héréditaire, puisque un des ascendants avait été emporté par une affection semblable. Mais, lors de l'entrée du malade à l'hôpital, l'on ne voyait point de signes de l'affection pylorique. C'est ce qui avait décidé à céder au désir du malade, qui réclamait l'opération. Les suites de celle-ci ont été si simples que j'admettais difficilement, dit M. Vauthier, qu'elle ait été pour quelque chose dans l'apparition des vomissements caractéristiques qui ne se sont montrés pour la première fois que le quatrième jour après l'opération. En tout cas, l'autopsie n'a fait voir aucune péritonite. Le malade a succombé si rapidement, à une sorte de collapsus, parce qu'il était cancéreux, et surtout que son cancer portait sur le tube digestif.

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIERE ET Cie
FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

Viennent de paraître :

LA
PHILOSOPHIE ZOOLOGIQUE
AVANT DARWIN

PAR
EDMOND PERRIER
Professeur au Muséum d'histoire naturelle.

1 volume in-8 de la *Bibliothèque scientifique internationale*, 6 fr.

DICTIONNAIRE DE MEDECINE
ET DE
THÉRAPEUTIQUE
MÉDICALE ET CHIRURGICALE

COMPRENANT

LE RÉSUMÉ DE TOUTE LA MÉDECINE ET DE TOUTE LA CHIRURGIE
LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE CHAQUE MALADIE
LA MÉDECINE OPÉRATOIRE
LES ACCOUCHEMENTS, L'OCULISTIQUE, L'ODONTOTECHNIE, L'ÉLECTRISATION, LA MATIÈRE MÉDICALE, LES EAUX MINÉRALES

ET UN FORMULAIRE SPÉCIAL POUR CHAQUE MALADIE

PAR
E. BOUCHUT
Médecin de l'hôpital des Enfants malades

ET
ARMAND DESPRÉS
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital de la Charité

QUATRIÈME ÉDITION, TRÈS AUGMENTÉE

Avec 918 figures intercalées dans le texte et 3 cartes

1 fort volume in-4° colombier

Broché, **25** fr.; cartonné à l'anglaise, **27** fr. **50**; en demi-reliure, **29** fr.

LIBRAIRIE FÉLIX ALCAN

La *Revue de médecine* et la *Revue de chirurgie*, qui constituent la 2e série de la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, paraissent tous les mois, chacune formant une livraison grand in-8° de 5 à 6 feuilles.

PRIX D'ABONNEMENT :

Pour chaque Revue séparée		Pour les deux Revues réunies	
Un an, Paris	**20** fr.	Un an, Paris	**35** fr.
— Départements et étranger.	**23** fr.	— Départements et étranger.	**40** fr.

La livraison : 2 francs.

S'ADRESSER POUR LA RÉDACTION :

Revue de médecine : à M. le **Dr Landouzy**, 4, rue Chauveau-Lagarde, à Paris, ou à M. le **Dr Lépine**, 42, rue Vaubecour, à Lyon.

Revue de chirurgie : à M. le **Dr Nicaise**, 37, boulevard Malesherbes, à Paris.

POUR L'ADMINISTRATION :

A M. **Félix Alcan**, libraire, 108, boulevard Saint-Germain.

Les quatre années de la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie* (1877, 1878, 1879 et 1880) se vendent chacune séparément 20 fr.; la livraison, 2 fr.

Les trois premières années (1881, 1882 et 1883) de la *Revue de médecine* ou de la *Revue de chirurgie* se vendent le même prix.

JOURNAL

DE

L'ANATOMIE ET DE LA PHYSIOLOGIE

NORMALES ET PATHOLOGIQUES DE L'HOMME ET DES ANIMAUX

Paraissant tous les deux mois

Directeurs : MM. **Charles ROBIN** et **G. POUCHET**

VINGTIÈME ANNÉE (1884)

Un an, pour Paris, 30 fr.; pour les départements et l'étranger, 33 fr.

Les abonnements partent du 1er janvier.

Un numéro, 6 fr.

La librairie Félix ALCAN se charge de fournir franco par la poste à domicile, à Paris, en province et à l'étranger, tous les livres publiés par les différents éditeurs de Paris, aux prix de catalogue.

Coulommiers — Imprimerie Paul Brodard et Cie.